

# Von Erscheinungsbildern zu Grundformen seelischen Krankseins

Von  
M. BLEULER

(Nach einer am 9. Januar 1943 gehaltenen Antrittsvorlesung an der Zürcher Universität)

Wenn das Ziel des ärztlichen Handelns das Heilen ist, so steht an seinem Anfang das Beobachten. Die Brücke zu schlagen zwischen Beobachten und Heilen erwies sich in der Psychiatrie als ganz besonders schwierig. Die Tragpfeiler dieser Brücke sollte die Einteilung der beobachteten krankhaften Erscheinungsbilder in Krankheitseinheiten schaffen. Solche Krankheitseinheiten sind der Ausdruck dafür, dass zwischen der Art der Erscheinungsbilder und den Ursachen des Krankseins Beziehungen erkannt wurden, dass aus dem Beobachteten auf das Wesen der Krankheit und damit auch auf ihre Beeinflussbarkeit durch die Behandlung zurückgeschlossen werden kann.

Heute habe ich mir zur Aufgabe gestellt, Ihnen vom erbitterten Ringen der Psychiatrie zu berichten, das sie um das Ordnen der krankhaften Erscheinungsbilder und so auch um die Erkennung der Krankheitsursachen und der Behandlungsmöglichkeiten führte. Vorerst habe ich Ihnen Misserfolge zu nennen, Misserfolge, die sich vor allem aus dem naheliegenden Versuche ergaben, die Erscheinungsbilder nur nach ihren äusseren, sozialen Kennzeichen einzuteilen und die Gesamtheit seelischer Äusserungen dabei unberücksichtigt zu lassen. Vor allem aber habe ich Ihnen darzulegen, dass es schlussendlich doch gelungen ist, wenn auch nicht zahlreiche natürliche Krankheitseinheiten, so doch einige Grundformen des seelischen Krankseins herauszuschälen, nach denen sich die unübersehbare Mannigfalt der seelischen Erscheinungsbilder gemäss ihrem biologischen Wesen natürlich ordnen lässt. Diese Lehre von der ursächlichen Eindeutigkeit einiger weniger Grundformen des seelischen Krankseins hat nun die Brücke vom Beobachten zum Heilen in der Psychiatrie geschlagen. Erst in den letzten zwei Jahrzehnten ist sie ganz im Stillen zu etwas Ganzem und Fertigem ausgereift, so dass sie heute zur zusammenfassenden Darstellung auffordert.

In den neunziger Jahren des 18. Jahrhunderts schilderte der grosse französische Arzt PINEL, einer der Schöpfer der wissenschaftlichen Psychiatrie, in seinem Werke, das er «Abhandlung über die Geistesverwirrung» nannte, eine recht anschauliche Episode aus der französischen Revolution: ein wütender Volkshaufe, der soeben die Gefängnisse entleert hatte, begab sich in ein Irrenhaus, um auch dort nach eingekerkerten Opfern der Tyrannei zu suchen. Er fand denn auch wirklich einen Mann in Ketten, der ihm vernünftig und besonnen Red und Antwort stand. Der Verdacht der Menge schien gerechtfertigt. Den Beschwörungen der anwesenden Pfleger zum Trotz be-

freite sie ihn und trug ihn im Triumph auf ihren Schultern durch die Strassen. Plötzlich und unvermittelt aber entriss der Kranke einem seiner Befreier den Degen, stürzte sich blindlings auf die Umstehenden und richtete ein furchtbares Blutbad an. — PINEL glaubte in dieser plötzlichen, sinnlosen Gewalttätigkeit bei völliger Besonnenheit den Ausdruck einer besonderen Krankheit sehen zu können. Er nannte sie *Manie sans délire*. — Zwanzig Jahre später umschrieb ESQUIROL an Hand dieses und ähnlicher Fälle das Krankheitsbild der *Monomanie homicide* und war wie PINEL der Überzeugung, eine in ihrem Wesen selbständige Krankheit erfasst zu haben.

Dieses Unterfangen von PINEL und ESQUIROL steht am Anfang einer wissenschaftlichen Entwicklung, die die Psychiatrie ein Jahrhundert lang beherrschen sollte und die bis zum heutigen Tage Einfluss auf unser ärztliches Denken nimmt: sie gipfelt in der Hoffnung, dass Erscheinungsbilder seelischen Krankseins (in unserem Beispiel der Drang zum Töten) nur in ihrer sozialen Bedeutung zergliedert werden müssten, um die Erkennung von Krankheitseinheiten zu ermöglichen. Zweifellos stand diese Hoffnung ursprünglich in irgendeinem Zusammenhang mit den grandiosen Erfolgen LINNÉ's: wie er durch die einfache Betrachtung von Form und Farbe zu einem System der Tier- und Pflanzenwelt gelangte, so sollte die einfache soziale Wertung krankhafter Erscheinungsbilder zu einem System der seelischen Krankheiten führen.

Die alten systematischen Bestrebungen hätten aber die Gültigkeit des Satzes vorausgesetzt: «Ein (äusseres) psychisches Erscheinungsbild — eine Ursache». Vor der klinischen Erfahrung von anderthalb Jahrhunderten hat sich das Gegenteil als richtig erwiesen: «Ein psychisches Erscheinungsbild — mancherlei Ursachen». Und umgekehrt: «Eine Ursache — mancherlei Erscheinungsbilder».

Weshalb dem so sein muss, ist heute leicht zu verstehen: jede Schädigung, jeder Reiz, der die Psyche trifft, wird sofort in Beziehung gesetzt zu allen Funktionen, die die Psyche ausmachen, zur Gesamtheit der Erinnerungen, der Vorstellungen und der Strebungen. Und die Reaktion erfolgt angemessen zur Bedeutung des neuen Reizes für unsere Strebungen, so wie sich diese Bedeutung nach einer intellektuellen Verarbeitung des Reizerlebnisses für uns darstellt. Die Schreckhaftigkeit ein und desselben Ereignisses z. B. hängt ganz davon ab, ob und wie wir es schon früher erlebt haben, was wir im gegebenen Augenblick erwarten, befürchten und erhoffen. Kurz: in jede psychische Reaktion flicht sich die Psyche als Ganzes ein. Die *G a n z h e i t s - f u n k t i o n* des *S e e l i s c h e n* erklärt, weshalb ein und dieselbe Schädigung die allerverschiedensten psychischen Folgen haben kann.

So kann denn auch umgekehrt ein und dieselbe soziale Handlung die verschiedensten Ursachen haben: der Kranke PINEL's kann vielleicht getötet haben, weil er die Situation aus einem intellektuellen Defekt heraus nicht verstand, vielleicht hat er sie aus einem Wahnsystem heraus umgedeutet, vielleicht war er ein Schizophrener, der im Töten irgendeine symbolhafte

Handlung beging, an deren wirklicher Bedeutung er vorbeidachte, vielleicht litt er an gesteigerter Erregbarkeit. Jedenfalls ermöglicht die soziale Bedeutung seines Tuns allein noch keine Rückschlüsse auf dessen psychologische Voraussetzungen, geschweige denn auf dessen Ursachen.

So selbstverständlich uns das alles heute klingt, so hat sich die Neuzeit doch nicht ganz von dem allzu einfachen Schliessen aus äusseren Erscheinungsbildern auf Krankheitseinheiten freigemacht. Beispielsweise wird auch heute noch zu Unrecht angenommen, dass es eine Kleptomanie, eine krankhafte Stehlsucht, von biologisch und auch forensisch einheitlicher Bedeutung gebe, die einzig durch den sozialen Tatbestand des Stehlens um des Stehlens willen zu umschreiben wäre. — Vor allem aber hat die alte Betrachtungsweise Triumphe gefeiert, nachdem ihr KRAEPELIN in seinem System der Geisteskrankheiten einen grossen Einfluss belassen hatte. Es ist ein unvergängliches Verdienst KRAEPELIN'S, neben den seelischen Erscheinungsbildern die Krankheitsverläufe und die körperlichen Begleiterscheinungen der Geisteskrankheiten mitberücksichtigt zu haben. Wenn er aber vom Bestreben nicht loskam, jeder einzelnen krankmachenden Ursache ein gewissermassen spezifisches seelisches Erscheinungsbild zuzuschreiben, so ist seine Systematik gerade in diesem Punkte heute unhaltbar geworden. Ich brauche das nur am Beispiel der progressiven Paralyse, die ja immer noch als klassische Krankheitseinheit angeführt wird, zu versinnbildlichen: Wir müssen uns mit der Tatsache abfinden, dass sie sich zwar körperlich durch die diffuse syphilitische Hirnentzündung scharf umschreiben lässt, dass ihr aber kein auch nur annähernd spezifisches seelisches Erscheinungsbild entspricht. Das klassische Erscheinungsbild der Paralyse, die gehobene Grundstimmung, mit unsinnigen, sich selbst übersteigernden Grössenideen, Hemmungslosigkeit und Urteilschwäche, ist nur eine und nicht einmal die häufigste Form, in der sich die paralytische Hirnkrankheit seelisch äussert. Sehr oft verläuft sie auch unter Erscheinungsbildern, die sich von solchen bei Altersblödsinn, bei Melancholie und bei Schizophrenie kaum unterscheiden. Also: «Eine Ursache — mancherlei psychische Erscheinungsbilder». Umgekehrt findet sich das klassische psychische Erscheinungsbild der Paralyse häufig ursächlich ganz anders bedingt: bei Hirnarteriosklerose, degenerativen Hirnkrankheiten u. a. m. «Ein psychisches Erscheinungsbild — mancherlei Ursachen». — Wir könnten die Psychiatrie von vorne nach hinten und von hinten nach vorne durchstöbern — vergeblich würden wir ein einziges Krankheitsbild suchen, das sich nicht ähnlich zerpfücken liesse wie dasjenige der progressiven Paralyse.

So hat WERNICKE auch nach der allgemeinen Anerkennung von KRAEPELIN'S Systematik noch lange Jahre hindurch recht behalten, wenn er 1899 die Klassifikation der Geisteskrankheiten als «das Schmerzenskind der Psychiatrie» bezeichnet hatte. Es fehlte in der Folgezeit nicht an resignierenden Stimmen, die jedes Ordnen, jedes einheitliche Betrachten der seelischen Krankheitserscheinungen als naturfremd, eitel und aussichtslos verwarfen.

Ihnen zum Trotz durfte aber die Psychiatrie nicht auf eine Systematik verzichten: denn nur auf Grund eines Ordners der seelischen Krankheitserscheinungen konnte ja der Zusammenhang zwischen bestimmten Schädigungen und bestimmten krankhaften Äusserungen untersucht werden, dem kausalen Denken musste das ordnende Denken vorausgehen.

Wenn wir nun heute das psychiatrische Wissen überblicken, so dürfen wir getrost feststellen, dass die Klassifikation der seelischen Störungen kein Schmerzenskind mehr ist, dass sich vielmehr das natürliche Gefüge einer solchen Klassifikation endlich deutlich abzeichnet und dass die gewonnene Systematik dem kausalen Denken und Forschen eine Grundlage gegeben hat.

Das Gefüge der psychiatrischen Systematik konnte erst errichtet werden, nachdem sich einerseits der Blick vom hervorstechenden seelischen Einzelsymptom, dem Töten in unserem Beispiel, einer Wahndee in anderen Beispielen, abgewandt hatte und nachdem statt dessen das ganze seelische Zustandsbild berücksichtigt wurde, namentlich auch die psychischen Elementarfunktionen des Wahrnehmens, Erinnerens, Denkens und Fühlens. Andererseits durfte auch die Schädigung nicht mehr als Einzelercheinung betrachtet werden, sondern es galt zu prüfen, in welcher Art sie die physiologischen Voraussetzungen der psychischen Funktion störte, es musste gewissermassen statt der Einzelschädigung die Art ihrer Angriffsebene in Rechnung gestellt werden. — Ich will versuchen, diese allzu abstrakten Feststellungen sogleich zu erhärten, indem ich in kurzen Zügen das Grundgerüst unserer heutigen psychiatrischen Systematik — und damit gleichzeitig das Grundgerüst der Ursachenlehre der Psychiatrie — skizziere:

Die erste Unterscheidung, auf die sich die heutige Systematik aufbaut, betrifft die seelischen Störungen mit und ohne *Hirnerkrankung*. Mancherlei Schädigungen, die zu seelischem Kranksein führen, wirken dadurch, dass sie die Hirnstruktur stören, andere aber lassen die Hirnstruktur unverändert. Diese Unterscheidung hört sich heute simpel, fast als Binsenwahrheit an. Aber es brauchte eine jahrhundertlange wissenschaftliche Entwicklung, bis alle philosophischen, klinischen und anatomischen Irrtümer, die ihr im Wege standen, beseitigt waren. Nachdem einmal die Bedeutung des Hirns für die psychische Funktion erkannt worden war, ist sie jahrzehntelang unzulässig verallgemeinert worden. Aus der Verletzlichkeit der seelischen Funktionen auf dem Wege über die Hirnstruktur schloss man voreilig, dass die seelische Funktion einzig auf der dem Auge erkennbaren Hirnstruktur beruhe. Erst das Fehlen von erklärenden Veränderungen am Hirne vieler Geisteskranker brachte die Besinnung darauf, dass die psychischen Funktionen noch andere Voraussetzungen haben müssen als bloss die Unversehrtheit des Hirns. So gut wie das Leben selbst die anatomische Struktur zur Voraussetzung hat, aber nicht durch die anatomische Struktur restlos erklärt werden kann, so gut ist die Hirnstruktur eine Voraussetzung, aber nicht die einzige Voraussetzung für die Seele.

Das Herausheben der geistigen Störungen zufolge von Hirnschädigung aus

der Fülle anderer geistiger Krankheitserscheinungen war der erste grosse Schritt zur natürlichen psychiatrischen Systematik. Wenn man nun aber die Einzelschädigungen, die auf das Hirn wirken konnten, säuberlich nach Verletzungen, Vergiftungen, Infektionen, Altersfolgen usw. einteilen wollte, geriete man wieder in eine Sackgasse und fände keineswegs, dass irgendeiner dieser Schädigungen ein auch nur einigermaßen charakteristisches seelisches Krankheitsbild entsprochen hätte. Hingegen genügte es, die Hirnschädigungen nach allgemeineren Gesichtspunkten einzuteilen in chronische und akute, diffuse und lokale, um sofort am Ziel zu sein. Der akuten, der chronischen, der diffusen und der lokalen Hirnschädigung entsprechen klar umgrenzbare Grundformen seelischer Störungen und von dieser Feststellung aus beginnt sich das naturgegebene System der Psychiatrie aufzurollen.

Am längsten bekannt sind die psychischen Folgen der dauerhaften, diffusen Hirnschädigung, die man unter der Etikette des organischen Psychosyndroms, oder, gleichbedeutend, des amnestischen oder KORSAKOW'schen Syndroms zusammenfasst. Diese Folgen sind grundsätzlich dieselben, ob die Schädigung durch einen Unfall, durch ein Gift, durch Infektionen, durch Altersrückbildung bedingt sei, ob diffuse kleine Blutungen, eine diffuse Entzündung, eine diffuse Degeneration den Hirnschaden setzen. Für die Prägung des Krankheitsbildes kommt es einzig darauf an, dass das Hirn chronisch und diffus geschädigt ist. Umgekehrt setzt die diffuse chronische Hirnschädigung immer dieselbe Grundform geistigen Krankseins, nämlich das psychoorganische Syndrom und niemals andersartige Geisteskrankheiten.

Dieses psychoorganische Syndrom ist hauptsächlich durch Störungen des Erinnerens, des Denkens und des Fühlens charakterisiert. Das Erinnern wird erschwert, besonders für frische Eindrücke. Das Denken leidet unter einer zu geringen Gegenwärtigkeit der Einzelvorstellungen, es wird schwerbesinnlich, bleibt an einer einmal vorhandenen Vorstellung haften, übersieht das Wesentliche, um sich in Allgemeinheiten oder umgekehrt in belanglosen Einzelheiten zu verlieren. Die Gefühlsregungen auf Ausseneindrücke werden zu labil, es tritt eine übersteigerte Rührseligkeit, Reizbarkeit und Suggestibilität auf, gleichzeitig aber verflachen und erstarren die spontanen Gefühlsäusserungen Hand in Hand mit der Verarmung der spontanen Erinnerungen und Vorstellungen. Dazu gesellen sich weitere Kennzeichen von mehr sekundärer Bedeutung.

Zu Unrecht werden immer noch die seelischen Erscheinungsbilder der chronischen diffusen Hirnkrankheiten jedes für sich beschrieben, als ob jedem von ihnen irgend etwas Besonderes eigen wäre. In Wirklichkeit gibt es nur ein einziges seelisches Erscheinungsbild der diffusen chronischen Hirnkrankheiten, eben das psychoorganische Syndrom. Dieser einen Grundform seelischen Krankseins fügen sich die seelischen chronischen Folgen von Altersschwachsinn, Hirnverletzung, syphilitischer und anderer Hirnentzündungen, Hirnvergiftung und aller anderen strukturellen Störungen des Hirns zwanglos ein. (Nur der Verlauf dieser Krankheiten, nicht ihre Ein-

zellkennzeichen, wird insofern durch die Art der Schädigung geformt, als für jede dieser Schädigungen eine besondere Zeitfolge der Einwirkung charakteristisch ist, langsames, stetiges Fortschreiten z. B. für den Altersblödsinn, Fortschreiten in kleinen, immer wiederholten Schüben für die Folgen der diffusen Hirnarteriosklerose, langsame Besserung nach einmaliger Schädigung bei Hirnverletzungen usw.)

Es bedeutet einen besonderen Fortschritt der modernen Psychiatrie, dass nicht nur das vollentwickelte psychoorganische Syndrom erkannt und auf eine diffuse chronische Hirnschädigung zurückgeführt werden kann, sondern auch das leichte und beginnende psychoorganische Syndrom, das bis vor kurzem gänzlich verkannt worden ist. Beim leichten psychoorganischen Syndrom werden die seelischen Störungen erst unter besonderen Bedingungen, gewissermassen bei Provokation erkennbar. So treten sie namentlich an den Tag im Zorn, in Angst und Hast, überhaupt bei heftigen Gefühlsaufwallungen, dann bei körperlicher und seelischer Ermüdung, unter dem Einfluss von Giften (z. B. in der veränderten Ansprechbarkeit auf Alkohol), endlich unter allen Bedingungen, die die Blutzufuhr zum Hirn vermehren, wie vornübergebeugte Haltung, starke Sonnenbestrahlung usw. Dieses leichte nur auf Provokation deutliche psychoorganische Syndrom ist im Zusammenhang mit der Begutachtung von Schädelverletzten am genauesten untersucht worden. Man vergisst aber heute noch häufig, dass die leichten seelischen Folgen von Hirnverletzungen nicht etwa spezifisch, sondern vollkommen wesensgleich sind mit den leichten psychischen Folgen zahlloser anderer diffuser Hirnschädigungen. So fallen sie vollkommen zusammen mit dem sog. pseudo-neurasthenischen Vorstadium der Paralyse, mit den psychischen Folgen von eitrigem Hirnhaut- und Hirnentzündungen, mit den leichten psychischen Begleiterscheinungen der multiplen Sklerose, der Tabes dorsalis und mit den Folgen eklamptischer Psychosen des Wochenbettes. Alle diese Störungen sind auch wesensgleich mit den ersten, leichten Folgen von chronischen Vergiftungen, die das Nervensystem angreifen, z. B. mit Schwermetallen und Lösungsmitteln, vor allem auch mit den Persönlichkeitsschädigungen, die ein chronischer Alkoholismus setzt. Endlich fallen sie zusammen mit den Initialsymptomen des Greisenschwachsins. Die Erkenntnis, dass die seelischen Folgen auch einer leichten chronischen Hirnschädigung grundsätzlich immer dieselben sind, wenn auch die ursprüngliche Noxe eine ganz verschiedene ist, bedeutet eine erhebliche Vereinfachung des ärztlichen Wissens. Sie verdient es, mehr berücksichtigt zu werden als bisher, so dass man nicht mehr ein und dasselbe, nämlich ein abortives psychoorganisches Syndrom, unter hundert verschiedenen Überschriften darzustellen braucht.

Soviel über die seelischen Folgen der *chronischen diffusen* Hirnschädigungen. Die seelischen Erscheinungsbilder bei *akuten* strukturellen und funktionellen Hirnschädigungen lassen sich nicht minder einheitlich betrachten. Wir verdanken ihre Kenntnis vor allem BONHOEFFER, der sie als den *akuten exogenen Reaktionstypus* zusammengefasst hat. Es sind ihm vorerst Störungen des Bewusstseins eigen, von leichter Benom-

menheit bis tiefer Bewusstlosigkeit. In den Benommenheitszuständen können alle intellektuellen Funktionen, Wahrnehmen, Erinnern, Denken, unzusammenhängend und traumhaft werden. Im einzelnen können sie gleichzeitig gestört sein wie beim psychoorganischen Syndrom, aber die Störung ist ungleichmässig, betrifft bald diesen, bald jenen Gedankengang, schwankt zeitlich wie auch der Grad der Bewusstseinstrübung von Minute zu Minute, so dass ein Bild ungemainer Wechselhaftigkeit entsteht. Es wird dadurch noch farbiger, als auch die gefühlsmässige Ansprechbarkeit zwischen extremer Apathie und extremer Reizbarkeit schwankt. Verstimmungen, so euphorische und ängstliche, kommen dazu. Solche Zustände sind uns z. B. bei fiebernden Kindern besonders vertraut, die plötzlich aus anscheinender seelischer Gesundheit hinübergleiten können in Delirien, in denen sie die Umgebung z. T. noch richtig deuten, aber doch dem Wolf, der abgebildet an der Wand hängt, Wirklichkeitswert zusprechen und plötzlich etwa voller Verzweiflung sehen, dass er auf sie zukommt. Bei schweren Grundkrankheiten kann der deliriöse Zustand in ein tiefes Coma und schliesslich in den Tod übergehen, bei leichten sich rasch wieder lösen, wenn man z. B. dem Kind nur tröstend zuspricht. Rückblickend sind für Zustände des akuten exogenen Reaktionstypus Gedächtnislücken charakteristisch.

Der akute exogene Reaktionstypus ist als seelische Folge einzelner akut bedingter Störungen der Hirnfunktion längst bekannt. Neu ist nur wieder die bedeutungsvolle Erkenntnis, dass jede akute Hirnfunktionsstörung grundsätzlich genau dieselbe seelische Störung bedingt, nämlich immer und ausschliesslich eine deliriöse Erkrankung vom akuten exogenen Reaktionstypus. Auch hier gibt es keine Spezifität des seelischen Erscheinungsbildes je nach einer bestimmten Einzelursache. Die verschiedensten Ursachen, die die Hirnfunktion akut stören, wirken gleichsinnig: die akuten Vergiftungen aller Art, Hirnverletzungen, akute Infektionskrankheiten, akute degenerative Hirnprozesse, akute Kreislaufstörungen des Hirns u. a.

Mit dem psychoorganischen Syndrom und dem akuten exogenen Reaktionstypus sind die Grundformen der seelischen Störungen zufolge von Hirnschädigung noch nicht erschöpft. Es bleiben jene seelischen Syndrome übrig, die sich auf eine lokal umschriebene Schädigung des Hirns zurückführen lassen. Sie sind hauptsächlich durch den Wechsel von Triebhemmung und Triebsteigerung gekennzeichnet. Eine fesselnde und noch ungelöste Frage liegt darin, ob es, wie man lange vermutete, je nach der Lokalisation des Hirnherdes verschiedene seelische Folgekrankheiten gibt oder ob, wie es mir wahrscheinlicher erscheint, die rein seelischen Folgen von jedem Hirnherd, wo er auch lokalisiert sein möge, grundsätzlich ähnlich sind. Vom Gesichtswinkel meiner heutigen Darstellung ist nur bedeutungsvoll, dass auch hier wieder dem grundsätzlichen Wesen der Schädigung — also der lokalen Zerstörung der Hirnstruktur — allein Bedeutung für die Gestaltung der seelischen Folgeerscheinungen zukommt, während die genaue Art des Schadens — lokalisierte Blutung, Entzündung, Ge-

schwulstbildung usw. — für die psychische Symptomgestaltung so gut wie belanglos ist.

Die Grundformen seelischer Störungen, die zu den Folgen von Hirnveränderungen im schroffsten Gegensatze stehen, bilden die seelisch bedingten, die psychoreaktiven Krankheiten und die angeborenen Persönlichkeitsvarianten. Ebensowenig, wie uns irgend etwas darüber bekannt wäre, dass die normalpsychologischen Vorgänge des täglichen Lebens die Hirnstruktur veränderten und dass die Charakterunterschiede innerhalb der Norm auf hirnanatomisch fassbaren Grundlagen beruhten, ebensowenig haben wir die geringsten Anhaltspunkte für eine Hirnpathologie der krankhaften psychischen Reaktionen und der krankhaften angeborenen Persönlichkeitsvarianten. Dementsprechend fehlen diesen beiden Grundformen seelischen Krankseins auch alle und jede Kennzeichen der Psychosynndrome, die durch eine Hirnkrankheit verursacht werden.

Die psychoreaktiven Störungen sind ihrem Wesen nach instinktbedingte und damit naturgewollte Abläufe, die unter durchschnittlichen Bedingungen durchaus im Sinne der Erhaltung von Art und Individuum wirken würden. Zu etwas Krankhaftem und zu Störungen werden sie erst dadurch, dass sie unter ausserordentlichen äusseren Bedingungen ablaufen, unter Bedingungen, an die unsere Instinkte nicht angepasst sind. So ist das Heimweh an sich eine durchaus gesunde und notwendige psychische Reaktion, die den unausgereiften und in der Fremde hilflosen Menschen in der Umgebung zurückzuhalten hilft, die sich seiner annimmt und in der er am besten gedeihen kann. Unter ausserordentlichen Bedingungen aber wird das Heimweh zur psychischen Krankheit, z. B. wenn ein kleines Kind seine Eltern verloren hat, sich vor Heimweh nicht bei den Pflegeeltern angewöhnen kann, bei ihnen nicht mehr recht isst und trinkt, nicht mehr schläft und nachts in Angstzustände gerät, oder wenn es nachträglich auf Grund des Milieuwechsels wieder die Fähigkeiten seiner Altersstufe verliert, sich wie ein viel kleineres Kind pflegen lässt usw. Oder ist es eine durchaus normale, biologische Ausdrucksform eines seelischen Schmerzes, wenn er sich u. a. auch in Herzbeengung, Herzschmerzen und gepresster Atmung geltend macht. Eine solche Reaktion kann mithelfen, den Leidenden zur Besinnung zu bringen, seinem Tun, das zum Schmerzerlebnis geführt hat, Halt zu gebieten und ihn schlussendlich veranlassen, eine Triebbefriedigung in neuen Richtungen zu suchen. Unter besonderen Lebensumständen kann es aber vorkommen, dass die Besinnung auf das Schmerzerlebnis fruchtlos ist, dass wir dem Tun, das zum Schmerze führt, nicht Halt gebieten können und eine genügende Befriedigung des Triebhungers in anderer Richtung unmöglich ist. Wenn der Leidende deshalb gezwungen ist, entgegen der biologischen Warnung durch die Schmerzäusserung, die schmerzenden Lebensbedingungen weiter zu ertragen, wenn er den Schmerz aus seinem Bewusstsein verbannt, ihn aber weiterempfindet, so können die Herzsensationen als Ausdruckserscheinung des Schmerzes zu einer Krankheit, einer Herzneurose werden. So beruht auch die Neurose auf durchaus normalen Ausdruckserscheinungen, die erst dadurch eine



krankhafte Bedeutung bekommen, dass sie unter äusseren Umständen spielen, die die Erreichung ihres biologischen Sinnes unmöglich machen.

So ist zwar rein äusserlich betrachtet das Erscheinungsbild aller psychoreaktiven Störungen (der Primitivreaktionen, der krankhaften Charakterentwicklungen und der Neurosen) ein unerhört mannigfaches: rein äusserlich betrachtet scheint es jeder Einheitlichkeit und jeder Gemeinsamkeit der Züge zu entbehren, wenn es von der Depression zur Erregung, vom Stupor bis zu hysterischen Bewegungstürmen, von einfachen Charakterentwicklungen bis zu schwersten körperlichen Erscheinungen (etwa herzasthmatischen Anfällen oder anaphylaktischen Reaktionen) schwankt. Bei genauem Zusehen zeigt sich aber die Wesensgleichheit aller psychoreaktiven Erscheinungen darin, dass sich in ihnen einzig normalpsychologische Vorgänge aufdecken lassen, welche unter der Ungunst der Umgebung ihren biologischen Sinn nicht erreichen können. Für die Psychoneurosen ist von BRUN vor kurzem mit besonderer Klarheit ihre Entstehung aus der Biologie der Instinkte herausgearbeitet worden.

Aus der ganzen Lehre über die psychoreaktiven Krankheitsbilder habe ich hier aber nur das herauszugreifen, was für das Gerüst der psychiatrischen Systematik wichtig ist, nämlich:

1. Wiederum ist es nicht eine Einzelschädigung, die ein spezifisches Zustandsbild erzeugt. Charakteristisch für das resultierende Zustandsbild ist nur die grundsätzliche Art, wie die Schädigung in das psychische Geschehen eingreift: sobald psychische Erlebnisse zu unstillbarem Triebhunger und unlösbaren Triebkonflikten führen, sind die Entstehungsbedingungen für psychoreaktive Schädigungen gegeben. Der genaueren Artung der Schädigung fehlt symptomgestaltende Kraft. Viel wichtiger für die Symptomgestaltung ist der Zustand der Persönlichkeit, die vom Konflikt getroffen wird. BINDER hat das am Beispiel des Erlebens der unehehlichen Mutterschaft eindrucksvoll nachgewiesen: sie erzeugt die Bereitschaft zur Entwicklung psychoreaktiver Störungen. Welche Art psychoreaktiver Störungen aber entsteht, hängt nicht von der Schädigung, sondern von Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Mutter ab.
2. Umgekehrt sind deshalb auch die seelischen Zustandsbilder, die psychoreaktiv zustande kommen, ganz uncharakteristisch für die genauere Artung der ursächlichen psychischen Konfliktsituation. Nur ihr Wesen ist charakteristisch für die Art ihres Zustandekommens im allgemeinen: Alle psychoreaktiven Störungen lassen die seelischen Elementarfunktionen intakt, und sie setzen sich insgesamt aus seelischen Einzeläusserungen zusammen, wie sie auch in der Normalpsychologie in Erscheinung treten.

Was für die durch Hirnschädigung entstandenen Geisteskrankheiten richtig war, gilt also auch für die seelisch bedingten: der Angriffsebene der Schädigung entspricht eine spezifische Gemeinsamkeit der Grundzüge der resultierenden seelischen Störung. Davon hingegen, dass jeder einzelnen

Schädigung ein eng umschriebenes einzelnes Krankheitsbild entsprechen würde, kann auch hier gar keine Rede sein.

**A n g e b o r e n e P e r s ö n l i c h k e i t s v a r i a n t e n** sind beim Menschen nach allgemeinem Naturgesetz zum vorneherein zu erwarten: denn Mass und Qualität jeder komplexen Eigenschaft variiert von Individuum zu Individuum um einen Mittelwert. Gewisse Varianten der Persönlichkeit bedingen Konfliktsituationen mit den sozialen Anforderungen einer bestimmten Kulturepoche. Die Träger solcher asozial sich auswirkenden Persönlichkeitsvarianten nennen wir Psychopathen, wenn die ungünstige Variation hauptsächlich den Charakter betrifft und Schwachsinnige, wenn sie hauptsächlich die Intelligenz betrifft. Auch für diese Gruppe seelischen Krankseins lässt sich die moderne systematische Betrachtung ohne weiteres anwenden: einer grundsätzlich besonderen Artung der Ursache — der biologischen Variabilität — entspricht eine erscheinungsbildliche Wesenseinheit: die Über- oder Unterentwicklung normaler charakterlicher oder intellektueller Eigenschaften.

Bis dahin war die Aufstellung von Grundformen seelischer Störungen einfach. Alle diese bereits erwähnten Grundformen, wie sie sich auf akute und chronische, diffuse und lokalisierte Hirnerkrankungen, auf psychoreaktive Vorgänge oder auf sozial schädliche Persönlichkeitsvarianten zurückführen lassen, sind fast zum Verwundern klar gegenseitig abgegrenzt, als ob die Natur unserem ordnenden Betrachten entgegenkommen wollte. Sofort aber türmen sich die Schwierigkeiten, wenn wir gerade die häufigsten Geisteskrankheiten in unsere Betrachtungen einbeziehen: die sog. endogenen, d. h. besonders die Schizophrenie und das Manisch-depressive Irresein. Wenn wir vorher etwas darüber lächeln durften, dass viele Klassifikationen selbst heute noch an der Einheitlichkeit, namentlich der hirnpathologisch bedingten Syndrome vorbeisehen, so weiss ich die Lacher plötzlich im andern Lager, wenn sie der Gedankenakrobatik zusehen, mit der schizophrene und manisch-depressive Krankheiten in die neue Auffassung eingebaut werden sollten! Aber immerhin: Ich wage zu behaupten, dass sich heute endlich aus allen klinischen Tatsachen doch auch in bezug auf diese Beziehungen zwischen der Angriffsebene der Schädigung und ihren psychischen Folgen zwar nicht beweisen, aber doch errahnen lassen.

Was die Angriffsflächen der Schädigungen betrifft, so lassen sie sich allerdings bisher bloss negativ genau umschreiben: wir müssen heute annehmen, dass Schizophrenie und Manisch-depressives Irresein weder als Hirnkrankheit noch als psychoreaktive Entwicklung noch als blosser Persönlichkeitsvariante zu verstehen sind. Diese Feststellung ist wichtig, auch wenn in positiver Hinsicht unser Wissen um die Ursachen dieser Krankheiten noch so mager sein mag. Dieses Wissen ist wohl auch noch gar nicht reif, um ausgebaut zu werden, solange wir eben in der Hauptsache nur die hirnpathologischen, die psychoreaktiven und die konstitutionellen Grundlagen des Seelenlebens kennen. Gar manche Gründe drängen zur Vermutung, dass darüber hinaus noch allgemeinere und bedeutungsvolle Bindungen zwischen

Seelischem und Körperlichem bestehen müssen, die uns ihrem Wesen nach unbekannt sind. Und wir müssen wohl annehmen, dass auch sie Störungen unterworfen sein können — Störungen, die sich eben weder auf Hirnkrankheiten noch auf psychische Reaktionen noch auf Persönlichkeitsvarianten zurückführen lassen. Gerade solchen Störungen in den noch unbekanntem hirnunabhängigen körperlichen Voraussetzungen des Seelischen dürften Schizophrenie und Manisch-depressives Irresein entsprechen. Wenn sich die Forschung der letzten zehn Jahre gerade an stoffwechselfathologischen Klärungsversuchen der Schizophrenie festgebissen hat, so entsprang ja dieses Bestreben dem Ahnen um Störungen in jenen noch unbekanntem strukturellen Untergründen der Psyche.

Jedenfalls gehen also Schizophrenie und Manisch-depressives Irresein auf Schädigungen mit besonderer Angriffsebene zurück, Schädigungen, die grundsätzlich andere sind als jene bei der psychoorganischen, akuten exogenen, hirnlokalen, psychoreaktiven und persönlichkeitsvariirten Grundform seelischen Krankseins. Wiederum entspricht nun der Besonderheit der Ursachen bei Schizophrenie und Manisch-depressivem Irresein eine Grundform des seelischen Erscheinungsbildes. Diese Feststellung bedeutet den letzten und massgeblichen Schritt zu einer natürlichen und logisch befriedigenden Ordnung der Welt krankhafter psychischer Äusserungen. Was ist nun das Besondere, das die vielfältigen Erscheinungsformen von schizophrenen und manisch-depressiven Störungen zu einer einheitlichen Grundform seelischen Krankseins zusammenschmilzt? Vorerst lässt es sich wieder negativ klar umschreiben: es fehlen hier alle jene Störungen der seelischen elementaren Funktionen, die für die hirnanatomisch bedingten Syndrome charakteristisch sind — und doch gehen die Veränderungen offensichtlich über das hinaus, was beim psychoreaktiven Syndrom und bei Persönlichkeitsvarianten vorkommt. Was im positiven Sinne einen wichtigen Teil der gemeinsamen Eigenart von Schizophrenie und Manisch-depressivem Irresein ausmacht (und was in seiner Bedeutung immer noch zu gering eingeschätzt wird), liegt darin, dass trotz schwersten Veränderungen des Denkens immer wieder neben und zwischen dem krankhaften Denken ein gesundes Denken irgendwie weitergeht. Es wird gewissermassen das gesunde Denken nicht ersetzt, vielmehr wird ihm das kranke nur beigegeben. So wird von solchen Patienten denn auch ein und dasselbe Ereignis häufig doppelt verarbeitet, sowohl nach vernünftigen wie nach krankhaften Überlegungen. Dieses einzigartige Nebeneinander von normalen und krankhaften Abläufen der elementaren psychischen Funktionen ist eines der bedeutsamen Merkmale der schizophrenen und manisch-depressiven Grundformen. — Wir brauchen nicht bei Einzelheiten zu verweilen, nachdem das Wesentliche herausgeschält wurde: dass auch bei Schizophrenie und Manisch-depressivem Irresein eine besondere Pathogenese eine besondere Symptomgestaltung zur Folge hat.

Damit, meine Damen und Herren, wären die Grundrisse der Ordnung umschrieben, die heute eine einheitliche, systematische und kausale Betrachtung der verwirrenden Fülle seelischer Störungen ermöglicht. Es bleibt zusammenzufassen:

Die blosse Abgrenzung von krankhaften seelischen Einzelercheinungen nach ihrer sozialen Bedeutung führt nicht, wie PINEL und so manche nach ihm hofften, zu Krankheitseinheiten; denn dem äusserlichen, dem sozialen Erscheinungsbild seelischer Störung entspricht niemals eine einheitliche Ursache. Es gibt überhaupt keine Einzelschädigungen mit charakteristischem seelischem Erscheinungsbild und umgekehrt gibt es keine sozial abgrenzbaren seelischen Einzeläusserungen, die spezifische Ursachen hätten.

Dagegen steht am Anfang alles Ordnen und am Anfang des Erkennens aller Ursachen in der Psychiatrie das Gesetz:

Der grundsätzlichen Besonderheit der Angriffsweise der Schädigungen entsprechen charakteristische Grundformen seelischer Störungen. Im einzelnen kann die Psyche durch die folgenden wesensverschiedenen Vorgänge beeinflusst werden:

1. Durch Erkrankung des Hirns, sei es akuter oder chronischer, diffuser oder lokaler Art;
2. dadurch, dass die äusseren Bedingungen, unter denen das menschliche Triebleben sich abspielt, den Umweltbedingungen widersprechen, an die dieses Triebleben biologisch angepasst ist;
3. dadurch, dass angeborene Persönlichkeitsvariationen den Anforderungen einer bestimmten Kulturepoche nicht entsprechen;
4. durch irgendwelche Störungen in den hirnunabhängigen, noch nicht näher bekannten strukturellen Grundlagen des Seelischen.

Jeder dieser Schädigungsarten entspricht eine gut umschriebene Grundform seelischen Krankseins.

Dieses nackte Schema bedarf im einzelnen tausenderlei Ergänzungen, Einschränkungen und Erläuterungen<sup>1)</sup>: aber es eignet sich trotzdem heute schon als Gerüst für die Beobachtung und die Erklärung seelischer Störungen und schafft damit auch die Voraussetzung für deren Verhütung und Behandlung.

So hat eine hundertfünfzigjährige wissenschaftliche Entwicklung Ordnung und Einheitlichkeit schaffen lassen in einen noch vor kurzem unentwirrbaren Knäuel von Einzelbeobachtungen. Und die Psychiatrie darf stolz darauf sein, dass sie von der Feststellung des Vielfachen zur Erkennung des Einfachen fortgeschritten ist: von Erscheinungsbildern zu Grundformen.

<sup>1)</sup> So wäre zu erwähnen, dass diffuse dauerhafte Hirnschädigungen, die im Fötalleben, während der Geburt oder in der frühesten Kindheit entstehen, niemals ein psychoorganisches Synchron bewirken wie beim älteren Kinde und beim Erwachsenen. Vielmehr führt eine diffuse Hirnschädigung, die so früh schon entsteht, zu einem psychischen Erscheinungsbild, das voll und ganz identisch ist dem Schwachsinn, wie er als vererbte Persönlichkeitsvariante entsteht. Die grundsätzlich gleiche Schädigung hat also andere erscheinungsbildliche Folgen, je nach dem Zeitpunkt, in dem sie das sich entwickelnde Individuum trifft — eine Beobachtung, für die die Entwicklungsphysiologie ja zahlreiche Parallelercheinungen aufgedeckt hat.